ITEM 138 : SOINS PALLIATIFS – FIN DE VIE

- **Phase terminale** = situation aboutissant au décès, peut durer plusieurs jours : **pré-agonie, agonie, mort cérébrale** puis **mort**
- **Agonie** = **48 à 72h** précédant la mort : caractère rapidement évolutif de l'état général

Diagnostic

Phase pré-agonique	= Défaillance d'une ou plusieurs fonctions vitales : phase réversible - Neurologique : **trouble de conscience, état calme** ou **agité**, **syndrome confusionnel, hallucinations**… - Respiratoire : **polypnée, cyanose, encombrement bronchique**… - Cardiovasculaire : **tachycardie, pouls filant, TA variable** (**hypertension** puis **hypotension**), **marbrures**… - Signes associées : **diarrhée** (par ischémie colique)…
Phase agonique	= Phase irréversible, aboutissant à la mort ➙ marqué par la **disparition du réflexe cornéen** - Neurologique : **décérébration**, **myoclonies**, **coma aréactif**, **hypotonie**, **abolition des réflexes du tronc** - Respiratoire : **bradypnée irrégulière** avec **pauses** de plus en plus longues, **râle agonique** (*gasp*), **cyanose** - Cardiovasculaire : **bradycardie**, **hypotension**, **marbrures**, **extrémités froides**
Mort clinique	= **Arrêt des activités cardio-circulatoires, respiratoires, encéphaliques** et **neuro-végétatives** - Signes négatifs : **arrêt cardio-respiratoire, abolition de la motricité volontaire** et **de la sensibilité** - Signes positifs = **thanatomorphose** : **mydriase**, **rigidité cadavérique** (en 6h, de haut en bas), **lividité cadavérique** (zones déclives, maximale en 6-12h), **refroidissement cadavérique** (complet à 24h)

Conduite à tenir

- Arrêt des explorations à visée diagnostique et des traitements inappropriés (nutrition artificielle, antibiotique…)
- Prévenir l'entourage et démédicaliser de l'environnement

Mesures générales	- **Soins d'hygiène** (toilette, rasage, soins de bouche) à assurer jusqu'au bout - **Alimentation parentérale non nécessaire** à ce stade ➙ à arrêter ➙ Ne s'accompagne pas de symptômes désagréables : disparition spontanée de la sensation de faim en 24-48h - **Hydratation parentérale** à discuter : ne lutte pas contre la sécheresse buccale, peut entretenir certains symptômes (mobilisation douloureuse pour la diurèse, œdèmes, ascite, sécrétions bronchiques…) ➙ La plupart des patients ne ressentent pas la sensation de soif si des **soins de bouche réguliers** sont effectués - Voie d'abord : **IV** si voie d'abord déjà en place (VVC…) ou **perfusion sous-cutanée** sur un cathéter court, posé en sous-claviculaire ou en abdominal (**délivrance de médicaments** et **hydratation jusqu'à 0,5 à 1L/jour**)
TTT symptomatique	- **Douleur soulagée jusqu'au bout**, même en cas de coma - **Dyspnée de la phase terminale** = polypnée superficielle avec anxiété, râle agonique : **benzodiazépine** d'action rapide à doses anxiolytiques, **morphine**, **scopolamine** ou **aspiration douce** si encombrement - **Nausées et vomissements** : **métoclopramide**, **midazolam**, **scopolamine**, **halopéridol** - **Hémorragie de la fin de vie** : **sédation** si hémorragie massive - **Troubles trophiques** : inévitables en fin de vie - **Syndrome confusionnel de l'agonie** : **benzodiazépine** ± **neuroleptique** si agitation, discuter une **sédation**

SEDATION TERMINALE

= **Diminution de la vigilance**, jusqu'à la **perte de conscience**, dans le but de diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable : **somnolence provoquée** ou **perte de conscience, transitoire** ou **continue**
- Non systématique en fin de vie : prise de décision suite à une **procédure collégiale pluridisciplinaire**, intégrant le consentement du patient (si possible) ou les directives anticipées, la personne de confiance ou les proches à défaut, si possible après avis d'un médecin en soins palliatifs, avec inscription dans le dossier des arguments et de la décision
- **Prescription anticipée de sédation** : appliquée immédiatement par l'infirmière en cas de situation à risque vital immédiat, ou seulement après appel du médecin pour vérification dans les autres situations

Indication			- **Situation aiguë à risque vital immédiat**, facilement identifiable (hémorragie cataclysmique, détresse respiratoire asphyxique…) ➙ perte de conscience provoquée non transitoire - **Symptôme physique réfractaire vécu comme insupportable** (douleur réfractaire, épilepsie rebelle, angoisse réfractaire…) résistant à un traitement bien conduit ➙ perte de conscience provoquée transitoire - **Situation singulière et complexe** (détresse psychologique persistante…) : à discuter au cas par cas
Modalités	**Midazolam** Hypnovel®		= En 1ère intention : hydrosoluble, action rapide, ½ vie courte, effet sédatif d'intensité et de durée dose-dépendante, amnésie quasi-constante, antidote, possible à domicile - Utilisable chez l'enfant ou le sujet âgé, voie IV, SC, IM, sublinguale, nasale ou rectale
		Sédation temporaire	- Titration : **1 mg** toutes les 2-3 minutes jusqu'à score de Rudkin > **4** - Entretien : IVSE avec dose horaire = **50%** de la dose de titration - Chez le sujet âgé : titration par 1 mg toutes les 5-6 minutes
		Sédation massive	- Induction à **5 mg** avec entretien à **5 mg/h**
	2nd intention		- Si inefficace : changer de classe pharmacologique, voire appel d'un anesthésiste

<table>
<tr><td rowspan="2">SEDATION</td><td rowspan="2">Suivi</td><td colspan="2">- Degré de soulagement du patient
- Profondeur de sédation : échelle de Rudkin toutes les 15 minutes pendant la 1ère heure puis > 2 fois/jour</td></tr>
<tr><td>Echelle de Rudkin</td><td>- 1 : Complétement éveillé et orienté - 4 : Yeux fermés, répond à la stimulation tactile légère
- 2 : Somnolent - 5 : Yeux fermés, ne répond pas à la stimulation tactile
- 3 : Yeux fermés, répond à l'appel</td></tr>
<tr><td rowspan="3">A domicile</td><td colspan="3">➝ Seuls 25% des décès ont lieu au domicile : 60% en établissement hospitalier et 10% en EHPAD</td></tr>
<tr><td>Conditions favorables</td><td colspan="2">- Choix, présence et disponibilité du ou des proches
- Disponibilité et formation du médecin généraliste
- Possibilité d'adaptation du matériel
- Coordination des intervenants professionnels (transmissions par cahier, téléphone…)
- Prescriptions anticipées écrites et réévaluées
- Coordination et soutien par un réseau de soins palliatifs et d'accompagnement</td></tr>
<tr><td>Trousse d'urgence</td><td colspan="2">= Médicaments injectables : opioïde, antiémétique, neuroleptique sédatif, benzodiazépine, corticoïdes, antispasmodique, anti-sécrétoire (scopolamine)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Après le décès</td><td colspan="3">- Laisser un temps à l'entourage auprès de la personne décédée</td></tr>
<tr><td>Soins du corps</td><td colspan="2">- Fermer les yeux, positionner en décubitus dorsal, bras le long du corps ou sur l'abdomen et fermer la bouche en glissant une serviette roulée sous le menton
- Enlever les sondes, perfusions, aspirer le contenu gastrique si besoin (occlusion…)
- Laver le corps
- Refaire les pansements si besoin
- Mettre une protection au niveau des orifices
- Habiller, raser, maquiller, coiffer, parfumer avec la participation et selon le souhait de la famille
- Ranger et préparer la chambre, démédicaliser</td></tr>
<tr><td>Soins de conservation</td><td colspan="2">- Réalisé par un thanatopracteur avant retour à domicile ou en chambre funéraire
- Interdit si : hépatite virale, rage, infection VIH, maladie de Creutzfeld-Jakob, tout état septique grave</td></tr>
<tr><td>Crémation</td><td colspan="2">- Dans un délai de 24h à 6 jours après le décès
- Extraction de toute prothèse de stimulation fonctionnant à pile (pacemaker…) avec certificat médical attestant le retrait</td></tr>
<tr><td>Démarche administrative</td><td colspan="2">- Certificat médical de décès rempli par un médecin thésé
- Certificat attestant le retrait d'une prothèse de stimulation si besoin
- Depuis un hôpital : certificat autorisant le retour au domicile ou en chambre funéraire sans mise en bière (dans les 24h sans soins de conservation ou dans les 48h avec soins de conservation)
- Pour un étranger : certificat autorisant le transport du corps à l'étranger
- Don du corps si la personne décédée a préparé la démarche</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Euthanasie</td><td colspan="3">- Euthanasie = action mettant fin à la vie du malade, exécutée par un tiers à la demande du patient, atteinte d'une maladie grave, pour mettre fin à une situation jugée insupportable
- Suicide médicalement assisté = prescription par un médecin d'une drogue mortelle à la demande du patient, qu'il s'auto-administre sans intervention d'un tiers
- Limitation ou Arrêt des Traitements Actifs (LATA) = décision médicale d'arrêt ou de non instauration de traitements de suppléances d'une défaillance d'organe (respirateur, dialyse…), de traitements curatifs vis-à-vis de la maladie (chimiothérapie…) ou de ses complications (antibiothérapie…) ou de traitement de soutien (nutrition, transfusion, O_2…)
- Situation de mise en jeu du double effet = utilisation d'un traitement pour soulager le patient, qui risque d'abréger la vie du maladie (sédation terminale, opioïde chez l'insuffisant hépato-cellulaire…)</td></tr>
<tr><td>Répondre à une demande d'euthanasie</td><td colspan="2">= Reflète un état de souffrance existentielle intense où la mort apparaît comme la meilleure issue
- Différencier l'inconfort (« j'en ai marre de vivre ») ou le souhait de mort (« je voudrais mourir ») de la demande d'euthanasie (« je voudrais que vous mettiez fin à ma vie »)
- Ne pas couper directement le dialogue par une opposition (« c'est interdit ») ou le renforcer par un positionnement en sa faveur
- Repérer les symptômes à l'origine de la demande : douleur, inconfort, souffrance globale, détresse, qualité de vie insuffisante, perte d'autonomie, perte d'espoir, peur de mourir, peur de l'acharnement thérapeutique, peur de perdre le contrôle, atteinte de l'image corporelle, sentiment de perte de dignité, position idéologique…
- Evaluer le degré d'ambivalence : coexistence d'un souhait de vivre et de mourir
- Proposer des réponses : amélioration du confort, soulagement de la douleur ou de symptômes, évaluation psychiatrique et traitement d'une dépression, élaboration d'un projet de soins pour la fin de vie (lieu de fin de vie, LATA, directives anticipées…), soutien psychologique</td></tr>
</table>